

RICHIESTA PER BALANCE PROTECT

(SOLO CON RESIDENZA PRINCIPALE IN SVIZZERA)



**COMPILARE RAPIDAMENTE LA
RICHIESTA, INVIARLA ALL'INDIRIZZO
A LATO E PRENDERE LE DOVUTE
PRECAUZIONI!**

(Utilizzare una busta C5 standard con la finestra
sul lato destro)

VISECA
card services

helvetia
La Sua Assicurazione svizzera

Viseca Card Services SA
Hagenholzstrasse 56
Casella postale 7007
8050 Zurigo

DATI PERSONALI

Signora Signor

Nome

Cognome

Numero di conto della carta (completare)

**(Il numero di conto della carta è indicato sia nell'app one che
sull'ultimo conteggio della carta di credito.)**

Via

N°

Località

E-mail

DICHIARAZIONE DI ADESIONE

Dichiarazione di adesione all'assicurazione del saldo Balance PROTECT a pagamento.

Con Balance PROTECT di Helvetia Assicurazioni, protegge le sue finanze in caso di disoccupazione senza colpa, incapacità al guadagno e decesso per lo 0,5% dell'importo della fattura in sospeso. L'assicurazione Balance PROTECT le viene offerta da Viseca Payment Services SA con sede a Zurigo per la sua Manor World Mastercard® e viene conteggiata tramite la carta.

Sì, con Balance PROTECT desidero garantire la mia solvibilità per lo 0,5% dell'importo della fattura in sospeso.

Con la mia firma confermo che:

- lavoro da almeno 12 mesi con un monte ore settimanale di almeno 25 ore e sono attualmente in un rapporto di lavoro a tempo indeterminato e non risoluto e non sono in procinto di andare in pensionamento anticipato o ordinario (solo per le persone occupate salariate);
- al momento non sono costretto/a ad assentarmi dal mio posto di lavoro a causa di una malattia o di un infortunio, non sono ammalato/a e non soffro per le conseguenze di un infortunio;
- negli ultimi 12 mesi non ho interrotto il mio lavoro per più di 20 giorni effettivi a causa di una malattia o di un infortunio o per più di 10 giorni effettivi (consecutivi oppure no) in seguito a un ricovero ospedaliero e non ho avuto bisogno in questo lasso di tempo di una visita medica e/o di cure mediche o controlli medici regolari a causa di una malattia o di un infortunio;
- sono consapevole che l'assicuratore è legalmente autorizzato a rifiutare le prestazioni assicurative in caso di false dichiarazioni e di motivazione fraudolenta di una richiesta di assicurazione o se l'evento assicurato si è già verificato al momento della firma della presente dichiarazione;
- riconosco e accetto che la contraente riceva un indennizzo dall'assicuratore per le spese sostenute in relazione alla mia adesione, trattenendo tale indennizzo e non me lo comunichi. Detto indennizzo è incluso nel contributo al premio;
- ho ricevuto le **Condizioni Generali d'Assicurazione (CGA)** e le **informazioni per la clientela relative a Balance PROTECT** o le ho consultate sul sito www.viseca.ch/cga-saldo-manor, ne ho preso atto e ne ho compreso il contenuto, in particolare le **esclusioni delle prestazioni e le informazioni sullo scambio di dati e sulla comunicazione digitale** (www.helvetia.ch/protezionedeidati) e dichiaro di accettarle.

Luogo/data

Firma